Bryn Mawr Medical Specialists Association

Gastroenterology 825 Old Lancaster Rd, Suite 340 Bryn Mawr, PA 19010 (610)-525-9570 Patient Questionnaire

Please Print

Patient Name	Patient DOB	Appointment Date	Referring Doctor

Height: _____ **Weight:** _____ Gender: ☐ F ☐ M

Allergies	**Reaction**
1)	
2)	
3)	
4)	
5)	

Current Medications: Please list name doseage and directions RX and Over the Counter	
Name & Dosage	How Often
Name & Dosage	How Often
Name & Dosage	How Often
Name & Dosage	How Often
Name & Dosage	How Often
Name & Dosage	How Often
Name & Dosage	How Often
Name & Dosage	How Often
Name & Dosage	How Often
Name & Dosage	How Often
Name & Dosage	How Often
Name & Dosage	How Often
Name & Dosage	How Often
Name & Dosage	How Often
Name & Dosage	How Often
Name & Dosage	How Often
Name & Dosage	How Often
Name & Dosage	How Often

Do you take Aspirin? ☐ Yes ☐ No

Do you take NSAIDs (Ibuprofen, Motrin, Advil, Aleve, Naproxen, Naposyn, Toradol, Relafen, Celebrex) ? ☐ Yes ☐ No

Have you taken Antibiotics in the past 6 months? ☐ Yes ☐ No

Past / Present Medical Conditions

Please excuse us while we transition into Electronic Medical Records. Please fill out the information below to the best of your knowledge. Thank you.

Past Medical History

☐ Y ☐ N Cardiac Disease (specify)

_____

☐ Y ☐ N Colon Polyps
☐ Y ☐ N Colon Cancer
☐ Y ☐ N Constipation
☐ Y ☐ N Crohn's Disease
☐ Y ☐ N Diabetes
☐ Y ☐ N Diverticulosis / Diverticulitis
☐ Y ☐ N Esophageal Reflux
☐ Y ☐ N Gallbladder Disease
☐ Y ☐ N Hepatitis
☐ Y ☐ N Hiatal Hernia
☐ Y ☐ N Irritable Bowel Syndrome
☐ Y ☐ N Kidney Disease
☐ Y ☐ N Liver Disease - Prior
☐ Y ☐ N Lung Disease
☐ Y ☐ N Ulcerative Colitis
☐ Y ☐ N Upper GI Bleed
☐ Y ☐ N Diarrhea

Other:

_____

_____

_____

Past Surgical History

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Procedure History

☐ Y ☐ N Esophagogastroduodenoscopy
☐ Y ☐ N Capsule Endoscopy
☐ Y ☐ N Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography ERCP
☐ Y ☐ N Imaging Studies
☐ Y ☐ N Upper Endoscopy
☐ Y ☐ N Colonoscopy
☐ Y ☐ N Sigmoidoscopy

Other:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Social History

Marital Status _____

Occupation: _____

☐ Y ☐ N Drug Use
☐ Y ☐ N Exercise _____ X Per Week
☐ Y ☐ N Physical Disability:
☐ Y ☐ N Need Assistance with Daily Living?

Are you currently experiencing any of the following symptoms?

☐ Y ☐ N Abdominal Pain
☐ Y ☐ N Nausea
☐ Y ☐ N Vomiting
☐ Y ☐ N Heartburn
☐ Y ☐ N Feeling full fast
☐ Y ☐ N Difficulty swallowing
☐ Y ☐ N Change in bowel habits
☐ Y ☐ N Diarrhea
☐ Y ☐ N Constipation

☐ Y ☐ N Blood in stool
☐ Y ☐ N Anemia
☐ Y ☐ N Black / tarry stool
☐ Y ☐ N Appetite loss (anorexia)
☐ Y ☐ N Weight change
☐ Y ☐ N Chills
☐ Y ☐ N Fever
☐ Y ☐ N Night Sweats

Patient Name	Patient DOB	Appointment Date	Referring Doctor

Past Colon Cancer Screening

Have you had a Colonoscopy ☐ Yes ☐ No If so when _____ (Date)

Have you had any other Colon cancer screening

☐ Yes ☐ No If so when_____ (Date)

Social History

☐ Current Everyday Smoker

☐ Never Smoked

☐ Former Smoker When did you quit _____

☐ Yes ☐ No Alcohol Use drinks / day _____ OR per week _____
Please Specify Type of Alcohol:

☐ Yes ☐ No Caffeine Use drinks / day_____ OR per week _____

☐ Y ☐ N Central DEXA scan (Bone Density) performed

Date _____

☐ Y ☐ N Urinary Incontinence

☐ Y ☐ N Mammogram performed

Date _____

Date of last flu injection _____

Have you had the pneumovax vaccine? ☐ Y ☐ N

If yes, when? _____ (Date)

Are you currently being treated for Depression?

☐ Y ☐ N

If no please answer the following questions.
PrimeMD-PHQ2 Screen:

1) During the past month, have you often been bothered by feeling down, depressed, or hopeless?

☐ Y ☐ N

2) During the past month, have you often been bothered by little interest or pleasure in doing things?

☐ Y ☐ N

Form Completed By: _____

Relationship to Patient: _____

Date _____

Family History

☐ No Significant Family History ☐ Adopted- Family History Unknown

	Mother	Father	Sister(s)	Brother(s)	Daughter	Son	Other
Malig Large Neoplasm	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y
Anemia	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y
Celiac Sprue	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y
Crohn's Disease	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y
Ulcerative Colitis	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y
Pancreatic Insuffiency	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y
Hirschsprung's Disease	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y
Chronic Constipation	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y
Cancer _____	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y
Colon Cancer	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y
Gastric Cancer	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y
Esophageal Cancer	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y
Pancreatic Cancer	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y
Irritable Bowel Syndrome	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y
Colon Polyps	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y
Hepatitis	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y
Gastroesophageal Reflux Disease (GERD)	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y
Peptic Ulcer	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y
Gallbladder Disease	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y
Gastrointestinal Disorders	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y
Depression	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y
Diabetes Mellitus	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y
Allergies	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y
Anxiety Disorder	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y
Tuberculosis	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y
Stroke Syndrome	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y
Bleeding Problems	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y
Hypertension	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y
Early Deaths	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y
Heart Disease	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y